

**Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kesembuhan
Klien Gangguan Halusinasi di Rumah Sakit
Khusus Daerah (RSKD) Provinsi
Sulawesi Selatan**



Skripsi
Diajukan untuk memenuhi salah satu Syarat Meraih Gelar
Sarjana Keperawatan Pada Fakultas Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

Oleh :

MUNIR MUTTAR

NIM : 70300107025

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN
MAKASSAR
2011

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Dengan penuh kesadaran, penyusun yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa skripsi ini benar adalah hasil karya penyusun sendiri. Jika dikemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

Makassar, 11 Agustus 2011
Penyusun,

MUNIR MUTTAR
NIM. 70300107025



KATA PENGANTAR



Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas berkat, rahmat, taufiq hidayah dan Inayah-Nya sehingga skripsi dengan judul :

“Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kesembuhan Klien Gangguan Halusinasi di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan “ dapat diselesaikan sesuai dengan jadwal.

Skripsi ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat guna menempuh ujian akhir pada pendidikan Strata satu (SI), Jurusan ilmu keperawatan Fakultas kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.

Dengan segala kerendahan hati, melalui kesempatan ini Kami menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada :

1. Prof.Dr.H.A.Qadir Gassing, HT, MS, selaku Rektor Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
2. DR. dr. H. Rasyidin Abdullah, MPH.MH.Kes selaku dekan Fakultas Ilmu Kesehatan.
3. Prof.Dr.H.Ahmad Sewang, M.A, Selaku pelaksana tugas dekan Fakultas Ilmu Kesehatan.
4. Nur Hidayah S.Kep, Ns, M.Kes Selaku ketua prodi Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan serta sebagai Ibu yang selalu memberikan motivasi dan pengetahuan yang luas kepada kami anak didiknya.
5. Ns. Murtiani S.kep dan Ns. Rahmiyanti S.kep, masing-masing sebagai pembimbing I dan II yang dengan teliti memberikan bimbingannya dalam penyusunan Skripsi ini.
6. Andriani, S.kep, Ns, M.kes dan Dr.H.Nur Hidayat M. Said,M.Ag selaku Penguji I dan II yang telah memberikan kritik dan saran yang bersifat membangun demi penyempurnaan Skripsi ini.

7. Kedua orang tuaku yang tak habis-habisnya dengan penuh cinta dan kasih sayang memberikan dukungan, motivasinya dalam berbagai bentuk serta doa Restu yang terus mengiringi perjalanan kehidupan Peneliti. Saudara serta keluarga besarku yang juga memberi dukungan serta doa restu.
8. Kepala, Pegawai, dan seluruh Staf Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan, dengan tangan terbuka menerima Peneliti selama melakukan penelitian. Keluarga yang bersedia menjadi responden dan berbagi pengalaman.
9. Rekan-rekan mahasiswa Keperawatan angkatan 07.
10. Pihak-pihak lain yang tidak bisa Penulis Sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari masih sangat banyak kekurangan dan keterbatasan dalam Skripsi ini, oleh karena itu kritik dan saran untuk kesempurnaan Skripsi ini sangat diharapkan.

Penulis berharap semoga Skripsi ini dapat bermanfaat, baik itu bagi Penulis pribadi, Dunia Keperawatan, Dunia Pendidikan dan masyarakat pada umumnya. Amiin...

Wabillahitaufiq walhidayah wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Makassar, 13 Juli 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	i
PENGESAHAN SKRIPSI	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Halusinasi	7
B. Tinjauan Umum Keluarga	17
C. Tinjauan Umum Kesembuhan	28
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL	
A. Kerangka Konseptual Penelitian	32
B. Kerangka Kerja penelitian	32
C. Defenisi Operasional	33
D. Hipotesis Penelitian	34

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	36
B. Populasi dan Sampel	36
C. Teknik Pengambilan Sampel	36
D. Pengumpulan Data	37
E. Pengolahan dan Analisis Data	39
F. Etika Penelitian	40

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	42
B. Pembahasan	47

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	53
B. Saran	53

DAFTAR PUSTAKA	55
----------------	----

DAFTAR LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur	43
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi responden berdasarkan hubungan keluarga	43
Tabel 5.3	Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin	44
Tabel 5.4	Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan keluarga	45
Tabel 5.5	Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat kesembuhan	45
Tabel 5.6	Distribusi hubungan dukungan keluarga terhadap kesembuhan	46



ABSTRAK

NAMA PENYUSUN : MUNIR MUTTAR
NIM : 70300107025
JUDUL PENELITIAN : HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA
TERHADAP KESEMBUHAN KLIEN
GANGGUAN HALUSINASI DI RUMAH
SAKIT KHUSUS DAERAH (RSKD)
PROVINSI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2011

Halusinasi adalah ketidakmampuan klien dalam mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus yang ada sesuai yang diterima oleh panca indra yang ada. Keluarga merupakan unit paling dekat dengan penderita, dan merupakan “perawat utama” bagi penderita. Sistem dukungan adalah segala fasilitas berupa dukungan yang diberikan kepada klien yang bersumber dari keluarga, teman dan masyarakat disekitarnya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kesembuhan pasien halusinasi di Wilayah kerja RSKD Prof Sul-Sel.

Penelitian ini dilaksanakan di Wilayah kerja RSKD Prof Sul-Sel dengan metode penelitian yang digunakan adalah Kualitatif Studi Korelasi dengan rancangan *cross sectional*. Teknik sampling *non probability sampling* jenis *purposive sampling* dengan sampel 40 orang. Data diambil menggunakan Kuesioner dan observasi dan dianalisis dengan uji chi-square hipotesis alternatif diterima jika tingkat kemaknaan $\leq 0,05$.

Setelah dilakukan penelitian di wilayah kerja RSKD Prov.Sul-Sel diperoleh hasil bahwa dari 24 orang responden dengan dukungan keluarga baik, ada 21 orang (52, 5%) yang dinyatakan sembuh dan 3 orang (7,5 %) yang tidak sembuh . Sedangkan dari 16 orang dengan dukungan keluarga kurang, ada 5 orang (12,5%) yang dinyatakan sembuh dan 11 orang (27,5%) yang tidak sembuh. Secara keseluruhan lebih banyak responden yang sembuh dalam dukungan keluarga baik yaitu sebanyak 24 orang (52,5%) dan yang tidak sembuh sebanyak 3 orang (7,5%). Setelah dianalisis diperoleh hasil $p=0,000 < \alpha =0,05$ Artinya hipotesis diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara dukungan keluarga terhadap kesembuhan klien gangguan halusinasi di Rumah sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan.

Dari hasil penelitian diharapkan agar para perawat dapat lebih meningkatkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien halusinasi maupun gangguan jiwa lainnya dengan melibatkan keluarga dalam setiap proses keperawatan pasien, agar keluarga mengetahui masalah kesehatan yang dihadapi pasien dan penanganannya, menyadari peran dan tanggung jawabnya dalam proses penyembuhan pasien, serta dapat menjadi pendukung utama dalam proses pemulihan pasien.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Definisi sehat menurut kesehatan dunia (WHO) adalah suatu keadaan sejahtera yang meliputi fisik, mental dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Maka secara analogi kesehatan jiwa pun bukan hanya sekedar bebas dari gangguan tetapi lebih kepada perasaan sehat, sejahtera dan bahagia (*well being*), ada keserasian antara pikiran, perasaan, perilaku, dapat merasakan kebahagiaan dalam sebagian besar kehidupannya serta mampu mengatasi tantangan hidup sehari-hari. Apabila fungsi kejiwaan seseorang terganggu, maka ia dapat mempengaruhi bermacam-macam fungsi seperti pada ingatan, orientasi, psikomotor, proses berpikir, persepsi, intelegensi pada kepribadian dan lain-lain (Anonim, 2002).

Data Badan Kesehatan Dunia (WHO) hingga Oktober 2007 mencatat jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 26 juta orang. Salah satu kesehatan jiwa yang sering terjadi dan menimbulkan hendaya yang cukup misalnya halusinasi. Halusinasi merupakan tanggapan indera terhadap rangsangan yang datang dari luar, dimana rangsangan tersebut dapat berupa rangsangan penglihatan, penciuman, pendengaran, pengecap, dan perabaan. Interpretasi terhadap rangsangan yang datang dari luar itu dapat mengalami gangguan sehingga terjadilah salah tafsir (*missing in terpretation*). Salah tafsir tersebut terjadi antara lain karena adanya efek yang luar biasa, seperti marah, takut,

tercengang (*excited*) sedih dan nafsu yang memuncak sehingga terjadi gangguan atau perubahan persepsi (Anonim, 2004).

Untuk itu perlu dilakukan upaya diantaranya program intervensi dan terapi yang implentasinya yang bukan hanya di rumah sakit tetapi dilingkungan masyarakat (*community based psyciatric services*) (Priyanto, 2007). Maka dari itu peran serta keluarga adalah satu usaha untuk mengurangi angka kekambuhan penderita halusinasi. Mengingat keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan sehat sakit penderita. (Anna K, dalam Nurdiana, 2007).

Keluarga merupakan unit paling dekat dengan penderita, dan merupakan “perawat utama” bagi penderita. Manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat hidup sendirian tanpa bantuan orang lain. Kebutuhan fisik (sandang, pangan, papan), kebutuhan social (pergaulan, pengakuan, sekolah, pekerjaan) dan kebutuhan psikis termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, perasaan religiusitas, tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain. Apalagi jika orang tersebut sedang menghadapi masalah, baik ringan maupun berat. Pada saat menghadapi masalah seseorang akan mencari dukungan sosial dari orang-orang di sekitarnya, sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan dan di cintai. Contoh nyata yang paling sering dilihat dan dialami adalah bila ada seseorang yang sakit dan terpaksa dirawat di rumah sakit, maka sanak saudara ataupun teman-teman biasanya datang berkunjung. Dengan kunjungan tersebut maka orang yang sakit tentu merasa mendapat dukungan sosial.

Dukungan sosial (*social support*) didefenisikan oleh Kuntjoro (2005) sebagai informasi verbal atau non-verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di lingkungan sosialnya atau

yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini, orang yang merasa memperoleh dukungan sosial secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya.

Menurut Eli, dkk (2008) dukungan sosial merupakan ketersediaan sumber daya yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang didapat lewat pengetahuan bahwa individu tersebut dicintai, diperhatikan, dihargai oleh orang lain dan ia juga merupakan anggota dalam suatu kelompok yang berdasarkan kepentingan bersama. Dukungan sosial bersumber antara lain : orangtua, saudara kandung, anak-anak, kerabat, pasangan hidup, sahabat, rekan kerja, atau juga dari tetangga. Dukungan tersebut biasanya diinginkan dari orang-orang yang signifikan seperti keluarga, saudara, guru, dan teman, dimana memiliki derajat keterlibatan yang erat. Selain itu, dukungan sosial merupakan pemberian hiburan, perhatian, penghargaan atau bantuan yang diterima seseorang dari orang lain atau kelompoknya.

Penderita gangguan jiwa sering mendapatkan stigma dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat disekitarnya dibandingkan individu yang menderita penyakit medis lainnya. Mereka sering sekali disebut sebagai orang gila (*insanity* atau *madness*). Perlakuan ini disebabkan karena ketidaktahuan atau pengertian yang salah dari keluarga atau anggota masyarakat mengenai halusinasi. Hal itu menyebabkan penderita halusinasi yang sudah sehat memiliki kecenderungan untuk mengalami kekambuhan lagi sehingga membutuhkan penanganan medis dan perlu perawatan di Rumah Sakit Jiwa lagi.

Menurut penulis, penderita halusinasi yang mendapatkan dukungan keluarga mempunyai kesempatan berkembang kearah positif secara maksimal, sehingga penderita akan bersikap positif, baik terhadap dirinya maupun lingkungannya karena keluarga merupakan lingkungan sosial pertama yang dikenal. Dengan dukungan keluarga yang seimbang bagi penderita diharapkan baginya agar dapat meningkatkan kesembuhan.

Menurut Caplan keluarga memiliki empat fungsi *suportif*, antara lain : dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Jika dari semua dukungan ini kita dapat mengukur baik dan tidaknya dukungan keluarga kepada klien halusinasi. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Mujiyono (2008) dengan jumlah sampel 80 responden di dapatkan bahwa dukungan keluarga pada kategori dukungan rendah sebanyak 47 orang (58,8%), sisanya kategori dukungan tinggi sebanyak 33 orang (41,2%). Apabila variabel dukungan keluarga naik sebesar satu satuan, maka akan menurunkan akan menurunkan tingkat kesembuhan sebesar 0, 589 satuan dan sebaliknya apabila dukungan keluarga turun satu satuan maka angka kesembuhan meningkat 0,589 satuan. Kesembuhan dan kekambuhan penderita gangguan jiwa sangat dipengaruhi oleh peran atau dukungan keluarga terhadap penderita gangguan jiwa.

Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan adalah satu-satunya Rumah Sakit Jiwa yang ada di Makassar. Berdasarkan data dari Rekam medik RSKD Provinsi Sulawesi Selatan, pasien halusinasi yang dirawat pada tahun 2008 dari bulan Januari sampai Desember rata-rata 268 orang setiap

bulannya, sedangkan untuk tahun 2009 dan bulan Januari sampai Desember rata-rata 362 orang setiap bulannya (sumber buku registrasi ruangan rekam medik).

Oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kesembuhan Klien Halusinasi di Wilayah Kerja Rumah Sakit Dadi Kota Makassar .

B. Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kesembuhan pasien halusinasi di Wilayah kerja RSKD Prof Sul-Sel?

C. Tujuan Penelitian

Mengetahui adanya hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kesembuhan pasien halusinasi di Wilayah kerja RSKD Prof Sul-Sel.

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat bagi institusi / instansi

Hasil penelitian ini merupakan salah satu sumber informasi bagi instansi terkait dalam upaya peningkatan sosialisasi pada keluarga pasien gangguan jiwa.

2. Manfaat bagi ilmu pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan dan merupakan salah satu bahan bacaan bagi peneliti berikutnya

3. Manfaat bagi peneliti

Hasil penelitian ini merupakan pengalaman berharga bagi peneliti dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama mengikuti pendidikan.

4. Manfaat bagi masyarakat

Hasil ini dapat menambah pengetahuan para keluarga akan pentingnya dukungan bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa halusinasi terhadap tingkat kesembuhannya.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Halusinasi

1. Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah ketidakmampuan klien dalam mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus yang ada sesuai yang diterima oleh panca indra yang ada. Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada (Videbeck, 2008).

Halusinasi adalah suatu keadaan dimana individu mengalami suatu perubahan dalam jumlah atau pola rangsang yang mendekat (baik yang dimulai secara eksternal maupun internal) disertai dengan respon yang berkurang dibesar-besarkan, distorsi atau kerusakan rangsang tertentu (Baihaqi, 2005). Dari keempat pengertian di atas maka penulis menyimpulkan bahwa halusinasi adalah persepsi yang timbul tanpa stimulus eksternal serta tanpa melibatkan sumber dari luar yang meliputi semua system panca indra (Maramus, 2004).

2. Proses Terjadinya Halusinasi

Menurut (Rasmun, 2001) dibagi menjadi empat tahap yang terdiri dari:

a. Tahap Pertama

Klien mengalami kecemasan, stress, perasaan terpisah dan kesepian, klien mungkin melamun, memfokuskan pikirannya kedalam hal-hal menyenangkan untuk menghilangkan stress dan kecemasannya. Tapi hal ini

bersifat sementara, jika kecemasan datang klien dapat mengontrol kesadaran dan mengenal pikirannya namun intensitas persepsi meningkat. Bahkan Allah sendiri melarang kita larut dalam kesedihan dan kecemasan yang berkepanjangan. Sebagaimana Firman Allah dalam surah Al-Imran : 139



Terjemahan: Janganlah kamu bersikap lemah, dan janganlah (pula) kamu bersedih hati, Padahal kamulah orang-orang yang paling Tinggi (derajatnya), jika kamu orang-orang yang beriman.

Dari ayat di atas dijelaskan bahwa mereka diperintahkan untuk berjalan di bumi mempelajari bagaimana kesudahan mereka yang melanggar dan mendustakan ketetapan-ketetapan Allah. Namun demikian, mereka tidak perlu berputus asa. Karena itu, janganlah kamu melemah, menghadapi musuhmu dan musuh Allah, kuatkan mentalmu, Mengapa kamu lemah atau bersedih, padahal kamulah orang-orang yang paling tinggi derajatnya di sisi Allah, di dunia dan akhirat, di dunia karena apa yang kamu perjuangkan adalah kebenaran dan di akhirat karena kamu mendapat surga. Mengapa kamu bersedih sedang yang gugur di antara kamu menuju surga dan yang luka mendapat pengampunan ilahi, ini jika kamu orang-orang mukmin, yakni jika benar-benar keimanan telah mantap dalam hatimu. Memang, dalam perang uhud, ada di antara kamu yg gugur, ada jg yg luka, maka janganlah bersedih atau merasa lemah karena sesungguhnya kelompok kaum kafir yang menyerang kamu itupun pada perang badar atau perang

uhud juga mendapat luka yang serupa. Dapat pula dilihat dari sisi jalan dan hasil perang itu. Ketika mereka taat kepada Rasul para pemanah tidak meninggalkan posisi mereka, mereka berhasil menang dan menjadikan kaum musyrikin kocar-kacir, bahkan membunuh dua orang lebih dari mereka. Tetapi ketika mereka melanggar perintah Rasul saw., justru mereka yang kocar-kacir sehingga pada akhirnya gugur tujuh puluh orang lebih. Setelah perang berakhir, dan kaum muslimin kembali berkumpul mengikuti tuntunan Rasul, semua yang terlibat dalam perang Uhud itu, tanpa menambah kekuatan, kecuali seorang yang sangat mendesak untuk ikut, yaitu Jabir Ibn Abdillah kembali mengejar kaum musyrikin yang ternyata telah bergegas kembali ke Makkah, setelah mendengar bahwa Rasul saw. datang untuk menyerang mereka. Demikian terlihat bahwa kamulah orang-orang yang paling tinggi (derajatnya), jika kamu orang-orang beriman. (Tafsir Al-mishbah, volume 2, hal 278-280.)

b. Tahap Kedua

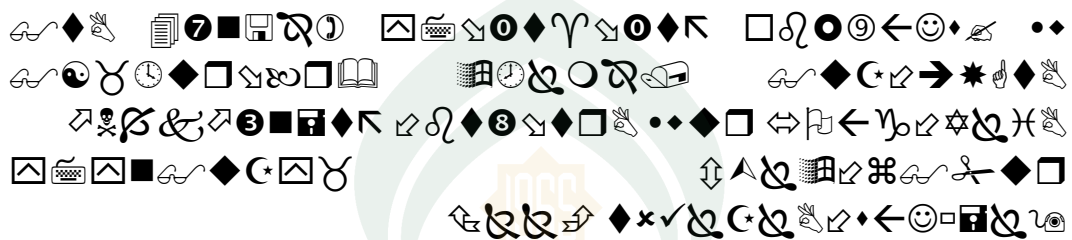
Kecemasan meningkat dan berhubungan dengan pengalaman internal dan eksternal, individu berada pada tingkat listening pada halusinasinya. Pikiran internal menjadi menonjol, gambaran suara dan sensori dan halusinasinya dapat berupa bisikan yang jelas. Klien membuat jarak antara dirinya dan halusinasinya dengan memproyeksikan seolah-olah halusinasi datang dari orang lain atau tempat lain.

c. Tahap Ketiga

Halusinasi lebih menonjol, menguasai dan mengontrol. Klien menjadi lebih terbiasa dan tidak berdaya dengan halusinasinya. Kadang halusinasinya tersebut memberi kesenangan dan rasa aman sementara.

Allah melarang kita larut dalam kesenangan Sebagaimana Firman

Allah dalam surah Al-Hijr : 88



Terjemahan : Janganlah sekali-kali engkau mengarahkan matamu kepada apa yang dengannya kami telah senagkan golomgan-golongan di antara mereka dan janganlah engkau bersedih hati terhadap mereka dan rendahkanlah sayapmu kepada orang-orang mukmin.

Dari ayat di atas di jelaskan bahwa karena apa yang telah dianugerahkan oleh Allah kepada Nabi Muhammad saw., begitu juga apa yang akan dianugerahkan-Nya kepada beliau, sedemikian besar, sangat wajar jika beliau diingatkan agar janganlah sekali-kali engkau mengarahkan matamu, yakni jangan memberi perhatian yang besar serta tergiur kepada apa yang dengannya kami telah senangkan untuk sementara lagi cepat berlalunya untuk golongan-golongan di antara mereka orang-orang kafir itu karena apa yang mereka peroleh dan cara penggunaanya adalah batil dan bukan “haq”, dan janganlah engkau bersedih hati terhadap mereka karena keengganan mereka beriman, atau akibat jatuhnya siksa atas mereka dan kesudahan buruk yang akan mereka alami. Adapun terhadap sesama kaum

beriman, jalinlah hubungan harmonis dengan mereka dan rendahkanlah sayapmu yakni bersikap rendah hatilah, kepada orang-orang mukmin. Kata janah pada mulanya bererti sayap. Penggalan ayat ini mengilustrasikan sikap dan perilaku seseorang seperti halnya seekor burung yang merendahkan sayapnya bila ia melindungi anak-anaknya. Sayapnya terus di kembangkan dengan merendah dan merangkul serta tidak beranjak meninggalkan tempat dalam keadaan demikian sampai berlalunya bahaya. Dari sini, ungkapan itu di pahami dalam arti kerendahan hati, hubungan harmonis dan perlindungan, dan ketabahan bersama kaum beriman, khususnya pada saat-saat sulit dan krisis. Al-Qur'an yang di anugerahkan itu, serta sikap tidak tergiur oleh kenikmatan duniawi sebagaimana halnya orang durhaka, merupakan bekal yang sangat berharga untuk melaksanakan tuntunan Allah swt di atas antara lain memberi pemaafan yang baik kepada kaum pendurhaka itu. Kata analaka, setelah sebelumnya telah di sebut kata inni yang bermakna sesungguhnya aku, mengandung makna pengkhisusan, yakni aku hanyalah-tidak lebih dari itu-dan karena Rasul saw. juga tidak hanya berfungsi sebagai pemberi peringatan, tetapi juga pemberi kabar gembira, maka pemberi peringatan yang di maksud tertuju hanya para pendurhaka saja.

(Tafsir Al-mishbah, volume 6, hal 506-508.)

d. Tahap Keempat

Klien merasa terpaku dan tidak berdaya melepaskan diri dari kontrol halusinasinya. Halusinasi sebelumnya menyenangkan berubah

menjadi mengancam, memerintah, memarahi. Klien tidak dapat berhubungan dengan orang lain karena terlalu sibuk dengan halusinasinya. Klien hidup dalam dunia yang menakutkan yang berlangsung secara singkat atau bahkan selamanya.

3. Klasifikasi Halusinasi

Dibawah ini beberapa tipe dari halusinasi (Baihaqi, 2005):

a. Halusinasi Pendengaran

Mendengar suara-suara, sering mendengar suara-suara orang berbicara atau membicarakannya, suara-suara tersebut biasanya familiar. Halusinasi ini paling sering dialami klien dibandingkan dengan halusinasi yang lain.

b. Halusinasi Penglihatan

Melihat bayangan yang sebenarnya tidak ada, seperti cahaya atau seseorang yang telah mati.

c. Halusinasi Penciuman

Mencium bau-bau padahal di tempat tersebut tidak ada bau. Tipe ini sering ditemukan pada klien dengan demensia seizure atau mengalami gangguan cerebrovaskuler.

d. Halusinasi Sentuhan

Perasaan nyeri, nikmat atau tidak nyaman padahal stimulus itu tidak ada.

e. Halusinasi Pengecapan

Termasuk rasa yang tidak hilang pada mulut, perasaan adanya rasa makanan dan berbagai zat lainnya yang dirasakan oleh indra pengecapan klien.

4. Faktor – faktor penyebab halusinasi

a. Faktor Predisposisi

1) Biologis

Gangguan perkembangan dan fungsi otak, susunan syaraf – syaraf pusat dapat menimbulkan gangguan realita. Gejala yang mungkin timbul adalah : hambatan dalam belajar, berbicara, daya ingat dan muncul perilaku menarik diri.

2) Psikologis

Keluarga pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respons psikologis klien, sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah : penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

3) Sosial budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti : kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusakan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress.

b. Faktor Presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya (Stuart & Sundeen, 2007).

5. Tanda dan gejala halusinasi

Menurut Towsend (2005) :

- a. Menarik diri
- b. Duduk terpaku dengan pandangan mata pada satu arah tertentu
- c. Tersenyum, tertawa atau berbicara sendiri
- d. Gelisah
- e. Melakukan gerakan seperti sedang menikmati sesuatu
- f. Bingung
- g. Mendengar, melihat atau merasakan stimulus yang tidak nyata
- h. Menggerakan-gerakan bibir
- i. Perbutaan yang tidak wajar
- j. Perilaku menisolasi diri
- k. Berbicara dengan mengatakan mereka
- l. Berbicara adanya halusinasi
- m. Ketakutan
- n. Kecemasan
- o. Tidak dapat membedakan hal nyata dan tidak nyata
- p. Tidak dapat memusatkan perhatian/konsentrasi
- q. Pembicaraan kacau kadang tidak masuk akal
- r. Sikap curiga dan bermusuhan, merusak diri/orang lain/lingkungan
- s. Sulit membuat keputusan
- t. Tidak mampu melaksanakan asuhan mandiri : mandi, sikat gigi, ganti pakaian, berhias yang rapi

- u. Menyalahkan diri sendiri/orang lain
- v. Muka merah, kadang pucat
- w. Tekanan darah dan nadi meningkat
- x. Napas terengah – engah
- y. Banyak keringat.

Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi adalah:

1. Regresi, menjadi malas beraktifitas sehari-hari.
2. Proyeksi, mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu benda.
3. Menarik diri, sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.
6. Penatalaksanaan Pada Halusinasi

Penatalaksanaan pada pasien halusinasi dengan cara :

1. Menciptakan lingkungan yang terapeutik

Untuk mengurangi tingkat kecemasan, kepanikan dan ketakutan pasien akibat halusinasi, sebaiknya pada permulaan pendekatan di lakukan secara individual dan usahakan agar terjadi kontak mata, kalau bisa pasien di sentuh atau di pegang. Pasien jangan di isolasi baik secara fisik atau emosional. Setiap perawat masuk ke kamar atau mendekati pasien, bicaralah dengan pasien. Begitu juga bila akan meninggalkannya hendaknya pasien di beritahu. Pasien di beritahu tindakan yang akan di lakukan.

Di ruangan itu hendaknya di sediakan sarana yang dapat merangsang perhatian dan mendorong pasien untuk berhubungan dengan realitas, misalnya jam dinding, gambar atau hiasan dinding, majalah dan permainan.

2. Melaksanakan program terapi dokter

Sering kali pasien menolak obat yang di berikan sehubungan dengan rangsangan halusinasi yang di terimanya. Pendekatan sebaiknya secara persuatif tapi instruktif. Perawat harus mengamati agar obat yang di berikan betul di telannya, serta reaksi obat yang di berikan.

3. Menggali permasalahan pasien dan membantu mengatasi masalah yang ada

Setelah pasien lebih kooperatif dan komunikatif, perawat dapat menggali masalah pasien yang merupakan penyebab timbulnya halusinasi serta membantu mengatasi masalah yang ada. Pengumpulan data ini juga dapat melalui keterangan keluarga pasien atau orang lain yang dekat dengan pasien.

4. Memberi aktivitas pada pasien

Pasien di ajak mengaktifkan diri untuk melakukan gerakan fisik, misalnya berolah raga, bermain atau melakukan kegiatan. Kegiatan ini dapat membantu mengarahkan pasien ke kehidupan nyata dan memupuk hubungan dengan orang lain. Pasien di ajak menyusun jadwal kegiatan dan memilih kegiatan yang sesuai.

5. Melibatkan keluarga dan petugas lain dalam proses perawatan

Keluarga pasien dan petugas lain sebaiknya di beritahu tentang data pasien agar ada kesatuan pendapat dan kesinambungan dalam proses keperawatan, misalny dari percakapan dengan pasien di ketahui bila sedang sendirian ia sering mendengar laki-laki yang mengejek. Tapi bila ada orang lain di dekatnya suara-suara itu tidak terdengar jelas. Perawat menyarankan agar pasien jangan menyendiri dan menyibukkan diri dalam permainan atau aktivitas yang ada. Percakapan ini hendaknya di beritahukan pada keluarga pasien dan petugaslain agar tidak membiarkan pasien sendirian dan saran yang di berikan tidak bertentangan (Kris, 2009).

B. Konsep Keluarga

1. Defenisi Keluarga

Pengertian keluarga dapat ditinjau dari dimensi hubungan darah dan hubungan sosial. Keluarga dalam dimensi hubungan darah merupakan suatu kesatuan sosial yang diikat oleh hubungan darah antara satu dengan lainnya. Sedangkan dalam dimensi hubungan sosial, keluarga merupakan suatu kesatuan sosial yang diikat oleh adanya saling berhubungan atau interaksi dan saling mempengaruhi antara satu dengan lainnya, walaupun di antara mereka tidak terdapat hubungan darah (Effendy, 2005).

Keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang. Keluarga yang lengkap dan fungsional serta mampu membentuk homoestatis akan dapat meningkatkan kesehatan mental para anggota keluarganya dan kemungkinan dapat meningkatkan ketahanan para

anggota keluarganya dari gangguan-gangguan mental dan ketidakstabilan emosional anggota keluarganya. Usaha kesehatan mental sebaiknya dan seharusnya dimulai dari keluarga. Karena itu perhatian utama dalam kesehatan mental adalah menggarap keluarga agar dapat memberikan iklim yang kondusif bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan mental (Notosoedirdjo & Latipun, 2005).

Sebagai bagian dari tugasnya untuk menjaga kesehatan anggota keluarganya, keluarga perlu menyusun dan menjalankan aktivitas-aktivitas pemeliharaan kesehatan berdasarkan atas apakah anggota keluarga yakin menjadi sehat dan mencari informasi mengenai kesehatan yang benar yang dapat bersumber dari petugas kesehatan langsung ataupun media massa (Friedman, 1998).

2. Fungsi Keluarga

Menurut Effendy (2005), ada beberapa fungsi keluarga yang dapat dijalankan keluarga:

- a. Fungsi pendidikan, dalam hal ini tugas keluarga adalah mendidik dan menyekolahkan anak unuk mempersiapkan kedewasaan dan masa depan anak bila kelak dewasa nanti.
- b. Fungsi sosialisasi anak, tugas keluarga dalam menjalankan fungsi ini adalah bagaimana keluarga mempersiapkan anak menjadi anggota masyarakat yang baik.

- c. Fungsi perlindungan, keluarga melindungi anak dan anggota keluarga dari tindakan-tindakan yang tidak baik, sehingga anggota keluarga merasa terlindungi dan merasa aman.
 - d. Fungsi perasaan, keluarga menjaga secara intuitif, merasakan perasaan dan suasana anak dan anggota lainnya dalam berkomunikasi dan berinteraksi satu dengan lainnya sehingga ada saling pengertian satu sama lain.
 - e. Fungsi religius, keluarga memperkenalkan dan mengajak anggota keluarga dalam kehidupan beragama untuk menanamkan keyakinan bahwa ada kekuatan lainnya yang mengatur kehidupan ini dan akan ada kehidupan lain setelah dunia ini.
 - f. Fungsi ekonomis, keluarga dalam hal ini mencari sumber-sumber kehidupan dalam memenuhi fungsi-fungsi keluarga lainnya.
 - g. Fungsi biologis, keluarga meneruskan keturunan sebagai generasi penerus.
3. Tugas Keluarga dalam bidang kesehatan

Untuk dapat mencapai tujuan kesehatan keluarga, keluarga harus memiliki tugas dalam pemeliharaan kesehatan para anggotanya dan saling memelihara. Tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga (Freeman, 1981 dikutip dari Effendy, 2005) yaitu :

- a. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya. Keluarga mengenal perkembangan emosional dari anggota keluarganya dan tingkah laku ataupun aktivitas yang normal atau tidak untuk dilakukan. Hal ini erat hubungannya dengan pengetahuan keluarga akan gejala-gejala gangguan jiwa.

- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat. Segera setelah keluarga mengetahui bahwa ada kondisi anggota keluarga tidak sesuai dengan normal maka sebaiknya keluarga memutuskan dengan cepat tindakan yang harus dilakukan untuk keseimbangan anggota keluarganya dengan segera membawanya ke petugas kesehatan.
 - c. Memberikan pertolongan kepada anggota keluarganya yang sakit dan yang tidak dapat membantu diri sendiri karena cacat fisik ataupun mental. Karena penderita gangguan jiwa tidak bisa mandiri untuk memenuhi kebutuhan aktivitas hidupnya.
 - d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. Keluarga membuat iklim yang kondusif bagi penderita gangguan jiwa di lingkungan rumah agar merasa nyaman dan merasa tidak diikucilkan dari keluarga.
 - e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan yang menunjukkan pemanfaatan dengan baik fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada. Untuk kesembuhan penderita gangguan jiwa, keluarga harus memiliki banyak informasi mengenai kesehatan jiwa anggota keluarganya dari lembaga petugas kesehatan yang ada.
4. Ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan terdiri atas :
- a. Ketidaksanggupan mengenal masalah kesehatan keluarga karena
 - 1) Kurangnya pengetahuan / ketidakmampuan fakta akan penyakit gangguan jiwa.

- 2) Rasa takut akibat masalah yang dihadapi serta aib yang harus dihadapi membuat keluarga tidak fokus dalam mengenal masalah gangguan jiwa yang dihadapi anggota keluarga.
- b. Ketidaksanggupan keluarga mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat, disebabkan karena :
- 1) Tindakan memahami mengenai sifat, berat dan luasnya masalah gangguan jiwa yang dihadapi keluarga.
 - 2) Keluarga tidak sanggup memecahkan masalah karena kurang pengetahuan dan kurang baik itu dalam hal biaya, tenaga dan waktu dalam penanganan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa.
 - 3) tidak sanggup memilih tindakan diantara beberapa pilihan.
 - 4) Tidak tahu tentang fasilitas kesehatan yang ada
 - 5) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan yang ada
 - 6) Fasilitas kesehatan yang tidak terjangkau terutama bagi keluarga yang ada di pedesaan.
- c. Ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang sakit, disebabkan karena :
- 1) Tidak mengetahui keadaan penyakit misalnya sifat, penyebabnya, gejala dan perawatannya
 - 2) Kurang atau tidak ada fasilitas yang diperlukan untuk perawatan
 - 3) Tidak seimbang sumber-sumber yang ada dalam keluarga, misalnya keuangan dan fasilitas fisik untuk perawatan.

4) Konflik individu dalam keluarga, keluarga tidak peduli dan lebih menyalahkan satu dengan lainnya mengenai keadaan anggota keluarganya

d. Ketidakmampuan menggunakan sumber di masyarakat guna memelihara kesehatan disebabkan karena :

- 1) Rasa asing dan tidak ada dukungan dari masyarakat, adanya anggapan dan pemahaman masyarakat yang negative terhadap gangguan jiwa membuat keluarga merasa malu.
- 2) Tidak tahu bahwa fasilitas kesehatan itu ada
- 3) Kurang percaya terhadap petugas dan lembaga kesehatan.

5. Dukungan Keluarga

Sistem dukungan adalah segala fasilitas berupa dukungan yang diberikan kepada klien yang bersumber dari keluarga, teman dan masyarakat disekitarnya (Stuart & Sundeen's, 1998). Model terapi dukungan merupakan model psikoterapi baru yang mulai digunakan diberbagai negara seperti rumah sakit, klinik psikiatri atau kehidupan masyarakat. Model perawatan "supportive therapy" ini berbeda dengan model-model lain karena tidak bergantung pada konsep dan teori. Teori tersebut menggunakan teori psikodinamis untuk memahami perubahan pada seseorang (Stuar & Sundeen's, 1998).

Mishell (1984, dikutip dari Hincliff, Montague & Watson, 1996) menjelaskan hubungan yang kuat antara ketidakpastian dan stres sebagai hasil dari kesulitan dalam menyesuaikan situasi di rumah sakit.

Keluarga merupakan suatu sistem terbuka yang terdiri dari semua unsur dalam sistem, mempunyai struktur tujuan atau fungsi dan mempunyai organisasi internal, seperti sistem yang lain. Bila salah satu anggota keluarga mengalami gangguan, hal ini akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain (Indriaty, 2004).

Keluarga juga merupakan suatu matriks dari perasaan beridentitas dari anggota-anggotanya, merasa memiliki dan berbeda. Tugas utamanya adalah memelihara pertumbuhan psikososial anggotanya dan kesejahteraan selama hidupnya (Friedman & Marllyn, 1998).

Secara umum keluarga juga membentuk unit sosial yang paling kecil mentransmisikan tuntutan-tuntutan dan nilai-nilai dari suatu masyarakat, dan dengan demikian melestarikannya. Keluarga harus dapat beradaptasi dengan kebutuhan-kebutuhan masyarakat sementara keluarga juga membantu perkembangan dan pertumbuhan anggotanya sementara itu semua menjaga kontinuitas secara cukup untuk memenuhi fungsinya sebagai kelompok referensi dari individu.

Dari konsep diatas dapat disimpulkan bahwa seluruh anggota keluarga saling tergantung dan selalu berinteraksi satu dengan yang lainnya. Seluruh anggota keluarga berusaha untuk menghilangkan gangguan-gangguan baik yang bersifat fisik atau psikis yang ada pada anggota keluarga yang lain. Berdasarkan hal ini keluarga selalu menjaga yang satu dengan yang lain tidak hanya dalam keadaan sehat, tetapi juga dalam keadaan sakit dan menghadapi

kematian. Keluarga juga berperan dalam membantu pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarganya (Dwi, 2001).

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan social berbeda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan social internal, seperti dukungan dari suami, istri atau dukungan dari saudara kandung, dan dapat juga berupa dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti. Dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman & Merllyn, 1998).

Caplan menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi *suportif*, antara lain :

- 1) Dukungan informasional : keluarga berfungsi sebagai sebuah *kolektor* dan penyebar informasi tentang dunia. Dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk didalamnya memberikan solusi dari masalah yang dihadapi pasien di rumah atau rumah sakit jiwa, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tempat, dokter, dan terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Pada dukungan informasi keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

- 2) Dukungan penilaian : keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menangani pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga
- 3) Dukungan instrumental: keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan kongkrit. Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dengan menyediakan dana untuk biaya pengobatan, dan material berupa bantuan nyata (*Instrumental Suport/material Support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah kritis, termasuk didalamnya bantuan langsung seperti saat seseorang membantu pekerjaan sehari-hari, menyediakan informasi dan fasilitas, menjaga dan merawat saat sakit serta dapat membantu menyelesaikan masalah. Pada dukungan nyata, keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis. Meskipun sebenarnya, setiap orang dengan sumber-sumber yang tercukupi dapat member dukungan dalam bentuk uang atau perhatian yang bertujuan untuk proses pengobatan. Akan tetapi, dukungan nyata akan lebih efektif bila dihargai oleh penerima dengan tepat. Pemberian dukungan nyata berakibat pada perasaan ketidakadekuatan dan perasaan berhutang, malah akan menambah stresss individu.
- 4) Dukungan emosional : keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi (Caplan & Sadock, 1995). Dukungan emosional memberikan pasien perasaan nyaman, merasa dicintai meskipun saat

mengalami suatu masalah, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat kepada pasien yang dirawat di rumah atau rumah sakit jiwa. Jenis dukungan bersifat emosional atau menjaga keadaan emosi atau ekspresi. Yang termasuk dukungan emosional ini adalah ekspresi dari empati, kepedulian, dan perhatian kepada individu. Memberikan individu perasaan yang nyaman, jaminan rasa memiliki, dan merasa dicintai saat mengalami masalah, bantuan dalam bentuk semangat, kehangatan personal, cinta, dan emosi. Jika stres mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai maka dukungan dapat menggantikannya sehingga akan dapat menguatkan kembali perasaan dicintai tersebut. Apabila dibiarkan terus menerus dan tidak terkontrol maka akan berakibat hilangnya harga diri.

Pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan penyakit kejiwaan, mempunyai tuntutan pengorbanan ekonomi, sosial, psikologis yang lebih besar dari pada keluarga yang normal. Dukungan keluarga dalam mencegah terjadinya kekambuhan pada penderita gangguan jiwa antara lain :

- 1) Menciptakan lingkungan yang sehat jiwa bagi penderita
- 2) Mencintai dan menghargai penderita
- 3) Membantu dan memberi penderita
- 4) Memberi pujian kepada penderita untuk segala perbuatannya yang baik dari pada menghukumnya pada waktu berbuat kesalahan

- 5) Menghadapi ketegangan dan tenang serta menyelesaikan masalah kritis / darurat secara tuntas dan wajar yang berhubungan dengan keadaan penderita
- 6) Menunjukkan empati serta memberi bantuan kepada penderita
- 7) Menghargai dan mempercayai pada penderita
- 8) Mau mengajak berekreasi bersama penderita dengan anggota keluarga lainnya
- 9) Mengikutkan penderita untuk kegiatan kebersamaan dengan sesama anggota keluarga

Tugas keluarga dalam mengatasi kekambuhan penderita halusinasi antara lain :

- 1) Mengenal adanya gejala kekambuhan sedini mungkin
- 2) Mengambil keputusan dalam mencari pertolongan
- 3) Memberikan perawatan bagi penderita yang sedang mengalami kekambuhan
- 4) Memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam memberikan pertolongan.

Dukungan keluarga pada penderita halusinasi ini dapat diwujudkan dengan adanya upaya perawatan keluarga pasien gangguan jiwa ini berkaitan erat dengan masalah yang dihadapi oleh pasien itu sendiri. Berikut ini adalah upaya perawatan yang dilakukan oleh keluarga pada pasien yang mengalami halusinasi adalah sebagai berikut :

- 1) Jangan biarkan pasien sendiri

- 2) Anjurkan untuk terlibat dalam kegiatan dirumah
- 3) Bantu pasien untuk untuk berlatih cara menghentikan halusinasi
- 4) Mengawasi pasien minum obat
- 5) Jika pasien terlihat bicara sendiri atau tertawa sendiri segera sapa dan diajak bicara
- 6) Beri pujian yang positif pada pasien jika mampu melakukan apa yang dianjurkan
- 7) Segera bawa ke Rumah Sakit jika halusinasi berlanjut

C. Tingkat Kesembuhan

1. Definisi Sembuh

Menurut Chaplan (2000) sembuh adalah kembalinya seseorang pada satu kondisi kenormalan setelah menderita suatu penyakit, penyakit mental, atau luka – luka. Menurut Dr. Ruben Supit (2011) sembuh adalah kondisi “pulihnya kembali keutuhan atau integritas struktur dan fungsi sehat” setelah mengalami kondisi sakit.

Istilah remisi (sembuh bebas gejala) menunjukkan pasien, sebagai hasil terapi medikasi terbebas dari gejala-gejala halusinasi, tetapi tidak melihat apakah pasien itu dapat berfungsi atau tidak. Istilah recovery (sembuh tuntas) biasanya mencakup disamping terbebas dari gejala-gejala halusinasi, delusi dan lain-lain, pasien juga dapat bekerja atau belajar sesuai harapan keadaan diri pasien masyarakat sekitarnya. Untuk mencapai kondisi sembuh dan dapat berfungsi, seorang pasien halusinasi memerlukan medikasi, konsultasi

psikologis, bimbingan social, latihan keterampilan kerja, dan kesempatan yang sama untuk semuanya seperti anggota masyarakat lainnya.

Selain cara dengan perawatan di rumah sakit (umum atau jiwa) dan rawat jalan, ada cara alternatif, yaitu dirawat hanya pada siang atau malam hari saja di rumah sakit, sebagian hari lainnya pasien berada di rumah bersama dengan keluarga atau di sekolah atau tempat kerja bersama teman-temannya.

Selain itu ada program terapi residensial, yaitu tempat semacam asrama bagi pasien halusinasi yang sudah relatif tenang atau mencapai keadaan remisi (tetapi masih memerlukan rehabilitasi, latihan keterampilan lebih lanjut) dapat hidup dalam suasana lingkungan seperti keluarga (bersama-sama pasien lainnya) dalam mana ia dapat mempraktekkan pengetahuan dan keterampilan yang telah dipelajarinya di tengah-tengah lingkungan yang mendukung sehingga ia kemudian juga terampil menjalani kehidupan ini di luar rumah sakit, di tengah-tengah masyarakat luas seperti anggota masyarakat pada umumnya.

Semuanya memerlukan semacam dukungan sosial (*sosial support*) dari komunitas atau lingkungan masyarakatnya. Secara tuntas, untuk terapi holistic diperlukan perhatian baik untuk fisiknya (makanan, istirahat, medikasi, latihan fisik), mental-emosionalnya (psikoterapi, konseling psikologis), dan bimbingan sosial (cara bergaul, latihan keterampilan social) serta lingkungan keluarga dan social yang mendukung). Disamping terapi okupasional (kegiatan untuk mengisi waktu) diperlukan juga terapi /rehabilitasi vokasional

(untuk melatih keterampilan kerja tertentu yang dapat digunakan pasien untuk mencari nafkah).

Semua ini membutuhkan jalinan kerja sama seluruh lapisan masyarakat/komuniti, dan tidak mungkin dilakukan oleh satu kelompok komuniti saja, banyak pihak harus terlibat dan saling bekerja sama dengan satu tujuan yaitu membawa pasien kepada keadaan bebas penyakit dan terampil menjalani kehidupan secara mandiri.

Kini perlu disadari bahwa peran keluarga sangatlah penting dalam usaha penyembuhan penderita halusinasi. Keluarga penderita adalah sumber amat penting untuk memudahkan perawatan psikososial, untuk itu jangan jauhi penderita, berilah perhatian dan kasih sayang agar penderita tidak merasa dikucilkan.

2. Kriteria Sembuh Pada Halusinasi

- a. Klien mampu memutuskan halusinasi dengan berbagai cara yang telah diajarkan.
- b. Klien mampu mengetahui tentang halusinasinya.
- c. Meminta bantuan atau partisipasi keluarga.
- d. Mampu berhubungan dengan orang lain.
- e. Menggunakan obat dengan benar.
- f. Keluarga mampu mengidentifikasi gejala halusinasi.
- g. Keluarga mampu merawat klien di rumah dan mengetahui tentang cara mengatasi halusinasi serta dapat mendukung kegiatan-kegiatan klien.

3. Evaluasi Tindakan Pada Halusinasi

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP dengan penjelasan sebagai berikut:

- a. S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan.
Dapat diukur dengan menanyakan pertanyaan sederhana terkait dengan tindakan keperawatan seperti “coba bapak sebutkan kembali bagaimana cara mengontrol atau memutuskan halusinasi yang benar?”.
- b. O : Respon objektif dari klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan.
- c. A : Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.
- d. P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat.
Rencana tindak lanjut dapat berupa:
 - e. Rencana diteruskan, jika masalah tidak berubah.
 - f. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan.
 - g. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama diberikan.

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti

Pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan penyakit kejiwaan, mempunyai tuntutan pengorbanan ekonomi, sosial, psikologis yang lebih besar dari pada keluarga yang normal. Dukungan keluarga dalam mencegah terjadinya kekambuhan pada penderita halusinasi dan meningkatkan kesembuhan pasien halusinasi.

B. Kerangka Konsep Penelitian

Variabel Independen

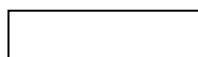
Dukungan Keluarga

1. Dukungan Informasional
2. Dukungan Penilaian
3. Dukungan instrumental
4. Dukungan Emosional

Variabel Dependen

Tingkat Kesembuhan
Pasien Halusinasi

Keterangan :

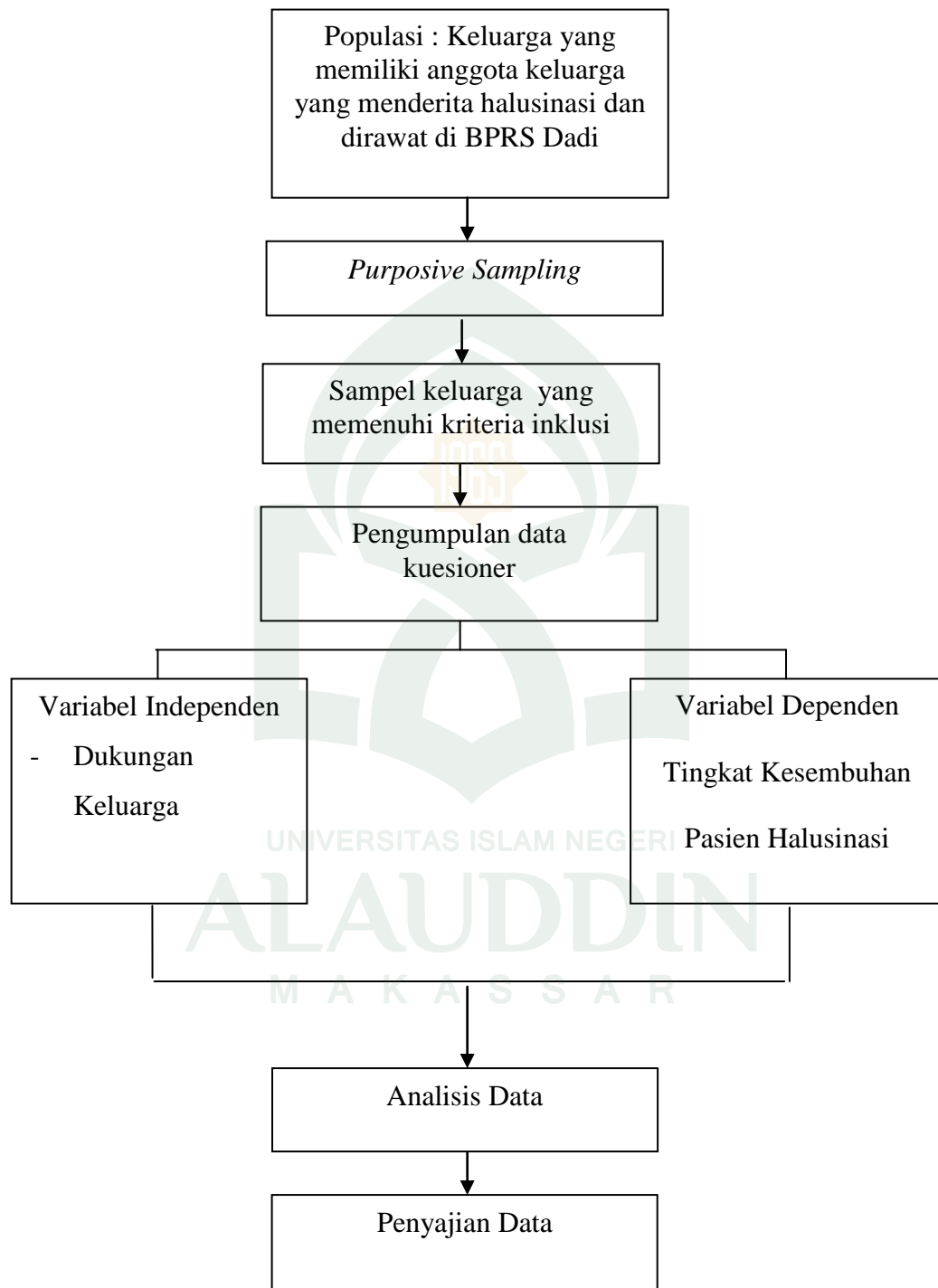


: Variabel Independen



: Variabel Dependen

C. Kerangka Kerja



D. Definisi Operasional

1. Tingkat kesembuhan

Responden yang tidak lagi mengalami gangguan persepsi sensori berupa pendengaran, penglihatan, pendengaran, penciuman, sentuhan, dan pengecapian tanpa ada respon dari luar.

Sembuh : Jika responden tidak mengalami gangguan persepsi sensori.

Tidak sembuh : jika responden mengalami gangguan persepsi sensori tanpa ada respon dari luar yang sebelumnya telah di nyatakan sembuh.

2. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit yang meliputi dukungan emosional, penghargaan, informatif, dan Instrumental.

3. Kesembuhan

Kesembuhan dalam penelitian ini adalah tahap kembalinya seseorang pada suatu kondisi kenormalan setelah menderita suatu penyakit.

Kriteria objektif.

Sembuh : jika klien mampu menunjukkan kriteria sembuh :

- a. Klien mampu memutuskan halusinasi dengan berbagai cara yang telah di ajarkan.
- b. Klien mampu mengetahui tentang halusinasinya.
- c. Meminta bantuan atau partisipasi keluarga.
- d. Mampu berhubungan dengan orang lain.
- e. Menggunakan obat dengan benar.

Belum sembuh : jika klien kurang mampu menunjukkan kriteria sembuh:

- a. Klien < mampu memutuskan halusinasi dengan berbagai cara yang telah di ajarkan.
- b. Klien < mampu mengetahui tentang halusinasinya.
- c. Klien < Meminta bantuan atau partisipasi keluarga.
- d. Klien < Mampu berhubungan dengan orang lain.
- e. Klien < Menggunakan obat dengan benar.

4. Hipotesis

a. Hipotesis nol (Ho)

Tidak Ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kesembuhan klien halusinasi di RSKD Provinsi Sulawesi selatan

b. Hipotesis alternatif (Ha)

Ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kesembuhan klien halusinasi di RSKD provinsi Sulawesi selatan.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian survey analitik dengan rancangan “*Cross Sectional Study*” dimana hubungan di indentifikasi saat ini kemudian faktor penyebabnya di pelajari secara retrospeksional dengan maksud untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kesembuhan klien halusinasi.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah setiap objek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga klien yang menderita gangguan jiwa halusinasi. Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah 175 orang

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah klien halusinasi Di Bangsal RSKD Prov Sul-Sel dan keluarga sampel yang terpilih yang sesuai dengan kriteria. Adapun jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 40 orang

C. Teknik Pengambilan Sampel

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini pemilihan sampel dengan cara *Purposive Sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan

cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008).

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah syarat sebagai sampel

- a. Semua keluarga pasien dengan masalah halusinasi yang dirawat di ruang intermediet RSKD
- b. Klien yang sedang diantar atau dikunjungi oleh keluarga
- c. Keluarga yang bisa membaca dan menulis

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subyek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian.

- a. Klien yang mengalami gangguan jiwa
- b. Tidak bersedia menjadi responden

D. Pengumpulan Data

1. Sumber Data

a. Data primer

Data diperoleh dengan pengamatan penimbangan obyek penelitian dan direkam dilembar observasi.

b. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari laporan yang ada di RSKD yaitu pasien yang menderita gangguan jiwa halusinasi.

2. Instrumen penelitian

- a. Kuesioner, sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi responden dalam arti laporan tentang dirinya. Dimana instrument yang digunakan untuk variabel dukungan keluarga dan berbentuk kuesioner dengan menggunakan skala *likert*

1) Kuesioner Data Demografi (KDD)

Digunakan untuk mengkaji data demografi responden yang meliputi kode responden (inisial), umur, jenis kelamin, hubungan keluarga dengan pasien, status, agama, tingkat pendidikan, pekerjaan dan penghasilan.

2) Kuesioner Dukungan Keluarga (KDK)

Kuesioner dukungan keluarga berisi tentang pertanyaan-pertanyaan yang meliputi 4 komponen dukungan keluarga dan terdiri dari 12 pertanyaan yaitu dukungan emosional terdiri dari 3 pertanyaan dari nomor 1-3, dukungan penghargaan terdiri dari 3 pertanyaan dari nomor 4-6, dukungan informatif terdiri dari 3 pertanyaan dari nomor 7-9, dan dukungan instrumental terdiri dari 3 pertanyaan dari nomor 10-12. Kuesioner disusun dalam bentuk pernyataan positif dengan empat pilihan alternatif jawaban yang terdiri dari Selalu, Sering, Jarang dan Tidak Pernah. Bobot nilai yang diberikan untuk setiap pertanyaan adalah 0 sampai 3, dimana jawaban Selalu bernilai 3, Sering bernilai 2, Jarang bernilai 1 dan Tidak Pernah bernilai 0.

E. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Data yang diperoleh merupakan data mentah sehingga belum memberikan gambaran yang diharapkan, oleh karena itu perlu di olah untuk mendapatkan hasil yang di inginkan. Adapun langkah-langkah dalam pengolahan data yang telah di ambil adalah :

a. Editing

Setelah data terkumpul maka dilakukan pemeriksaan kelengkapan data, keseragaman data.

b. Koding

Dilakukan untuk memudahkan pengolahan data yaitu memberikan simbol-simbol dari setiap apa yang diamati

c. Tabulasi data

Mengelompokkan data sesuai dengan variabel-variabel yang diteliti

2. Analisa Data

Setelah data terkumpul, penyajian data di lakukan dalam bentuk tabel analisis yaitu :

a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap setiap variabel dari hasil penelitian.

Analisis ini akan menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel yang diteliti.

b. Analisa bivariat

Untuk melihat hubungan tiap-tiap variabel independent terhadap variabel dependent, maka digunakan uji statistic *Chi-square* dengan tingkat

kemaknaan $P < \alpha$ (0,05) yang diolah dengan menggunakan program computer SPSS 16

F. Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan usulan atau proposal penelitian untuk mendapatkan rekomendasi dari Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.

Setelah mendapatkan rekomendasi, selanjutnya mengajukan izin pada pihak-pihak terkait dengan proses penelitian, dalam hal ini RSKD sebagai pihak partisipan tersebut, peneliti melakukan penelitian dengan menekankan pada aspek etika sebagai berikut:

1. Informed Consent (lembaran persetujuan menjadi responden)

Merupakan lembaran persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian. Sebelum lembaran persetujuan diberikan kepada responden, terlebih dahulu peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika responden bersedia diteliti maka diberi lembar permohonan menjadi responden (lembar satu) dan lembar persetujuan menjadi responden (lembar dua) yang harus ditandatangani, tetapi jika responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap akan menghormati hak-haknya.

2. Anonymity

Adalah tidak memberikan nama responden pada lembar yang akan diukur, hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data. Untuk menjaga

kerahasiaan informasi dari responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, tetapi dengan memberikan nomor kode pada masing-masing lembar yang dilakukan oleh peneliti sebelum lembar pengumpulan data diberikan kepada responden.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi partisipan dijamin peneliti, hanya data tertentu yang dilaporkan sebagai hasil penelitian (Maleong, 2002), dalam hal ini data yang berkaitan dengan batas-batas dalam etika atau nilai-nilai pribadi dalam partisipan. Setelah mendapatkan persetujuan dari pihak keluarga baik suami atau partisipan, peneliti kemudian mengadakan pendekatan kepada kedua pihak tersebut dengan tujuan:

- a. Mengajukan permohonan kepada keluarga pasien untuk menjadi partisipan dan sekaligus mengadakan kontrak untuk melaksanakan wawancara.
- b. Memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan.
- c. Peneliti menghargai dan menghormati partisipan sebagai seorang yang sama derajatnya dengan peneliti.
- d. Peneliti menghargai, menghormati dan mematuhi semua norma, peraturan dan nilai yang ada di masyarakat.
- e. Peneliti memegang kerahasiaan segala sesuatu yang berkenaan dengan informasi yang diberikan oleh partisipan
- f. Peneliti menuliskan segala kejadian, peristiwa, cerita dan lain-lain secara jujur, benar, tidak ditambahi dan menyatakan sesuai dengan keadaan aslinya

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di RSKD provinsi Sulawesi Selatan, penelitian dilaksanakan pada tanggal 1-10 Juli 2011. Penelitian dilakukan dengan membagikan kuesiener pada keluarga klien yang datang berkunjung di RSKD. Populasi dalam penelitian ini berjumlah 167 dan jumlah sampelnya sebanyak 40 responden yang memenuhi kriteria.

Setelah data terkumpul lalu di susun dalam master tabel. Data kemudian di olah dengan menggunakan Komputer program SPSS versi 16.00. data yang diperoleh kemudian disajikan dalam bentuk tabel analisa univariat dan bivariat. Uji hipotesis dengan menggunakan uji *chi-square* dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$. Berdasarkan hasil pengolahan data tersebut disusunlah hasil-hasil yang diperoleh dan dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

1. Analisa univariat

a. Karakteristik responden

1) Distribusi responden berdasarkan umur

Tabel 5.1
Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur
Di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

Umur	N	Persentase %
18-27	6	15,0
28-37	17	42,5
38-47	17	42,5
Total	40	100

Sumber : Data Primer 2011

Berdasarkan data pada tabel diatas tampak bahwa dari 40 responden terdapat 6 orang responden (15%) yang berusia antara 18-27 tahun, 17 responden (42,5%) berusia antara 28-37 tahun dan 17 responden (42,5%) berusia antara 38-47 tahun.

2) Distribusi responden berdasarkan hubungan keluarga

Tabel 5.2
Distribusi frekuensi responden berdasarkan hubungan keluarga
di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

Hubungan keluarga	N	Persentase
Ayah	4	10
Ibu	2	5
Kakak	10	25
Adik	4	10
Lain – lain	20	50
Total	40	100

Sumber : Data Primer 2011

Berdasarkan data pada tabel diatas tampak bahwa dari 40 responden yang mempunyai hubungan keluarga dengan klien terdapat 4 orang (10%)

adalah ayah dari klien, 2 orang (5%) ibu dari klien, 10 orang (25%) kakak dari klien, 4 orang (10%) adik dari klien, 20 orang lainnya (50%) keluarga dari klien.

3) Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.3
Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin
Di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

Jenis Kelamin	N	%
Laki – Laki	20	50
Perempuan	20	50
Total	40	100

Sumber : Data Primer 2011

Berdasarkan data pada tabel diatas tampak bahwa dari 40 responden terdapat 20 orang responden berjenis kelamin laki-laki (50%) dan 20 orang berjenis kelamin perempuan (50%).

b. Variabel yang diteliti

1) Distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga

Tabel 5.4
Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan keluarga
Di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

Tipe dukungan keluarga	N	%
Baik	24	60 %
Kurang	16	40 %
Total	30	100 %

Sumber : Data primer 2011

Berdasarkan tabel di atas dapat di ketahui bahwa sebagian besar dukungan keluarga yang diberikan kepada klien halusinasi baik 24 responden

(60%), dan yang memberikan dukungan keluarga kepada klien halusinasi kurang 16 responden (40%).

2) Distribusi responden berdasarkan tingkat kesembuhan

Tabel 5.5
Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat kesembuhan
di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

Tingkat kesembuhan	N	%
Sembuh	26	65 %
Tidak sembuh	14	35 %
Total	40	100%

Sumber : Data Primer 2011

Berdasarkan data pada tabel diatas terlihat bahwa dari 30 orang klien dengan gangguan jiwa halusinasi terdapat 26 orang klien (65%) dinyatakan membaik selama proses perawatan dengan bantuan dan dukungan dari keluarga klien dan 14 orang (35%) tidak membaik selama proses perawatan di rumah sakit.

2. Analisa Bivariat

Untuk menilai hubungan dukungan keluarga terhadap kesembuhan klien gangguan halusinasi di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan, maka dilakukan analisa bivariat dengan menggunakan uji statistik *chi_square* dengan tingkat kemaknaan 5 % ($\alpha : 0,05$) maka ketentuan bahwa dukungan keluarga dikatakan mempunyai hubungan yang bermakna jika $p < 0,05$. Adapun tabulasi hubungan dukungan keluarga terhadap kesembuhan klien halusinasi adalah sebagai berikut :

Tabel 5.6

Hubungan dukungan keluarga terhadap kesembuhan klien gangguan halusinasi di Rumah sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan.

Dukungan keluarga	Kesembuhan Klien				Total		P
	Ya		Tidak		N	%	
	N	%	N	%			
Baik	21	52,5	3	7,5	24	60	= 0,000
Kurang	5	12,5	11	27,5	16	40	
Total	26	65	14	35	40	100,0	

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa dari 40 responden, mayoritas responden memberikan dukungan keluarga yang baik yaitu sebanyak 24 orang. Sedangkan yang memberikan dukungan keluarga kurang sebanyak 16 orang. Dari 24 orang responden dengan dukungan keluarga baik, ada 21 orang (52,5%) yang dinyatakan sembuh dan 3 orang (7,5%) yang tidak sembuh. Sedangkan dari 16 orang dengan dukungan keluarga kurang, ada 5 orang (12,5%) yang dinyatakan sembuh dan 11 orang (27,5%) yang tidak sembuh. Secara keseluruhan lebih banyak responden yang sembuh dalam dukungan keluarga baik yaitu sebanyak 24 orang (52,5%) dan yang tidak sembuh sebanyak 3 orang (7,5%). Analisis menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil $p = 0,000$. Artinya hipotesis diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara dukungan keluarga terhadap kesembuhan klien gangguan halusinasi di Rumah sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan.

B. PEMBAHASAN

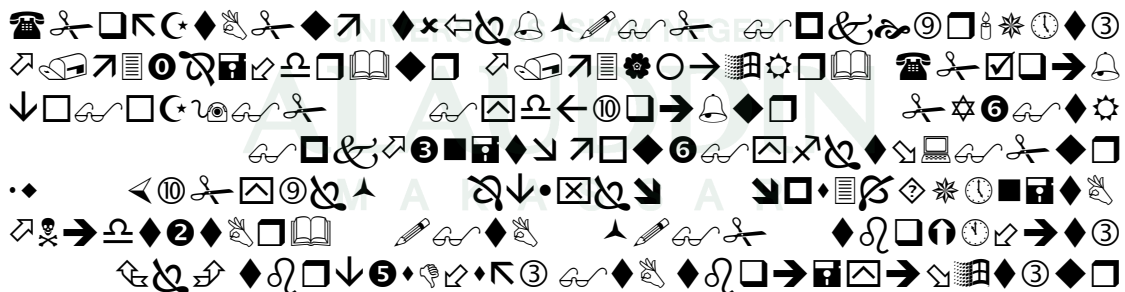
Dari hasil penelitian di atas tampak bahwa dukungan keluarga berbanding lurus terhadap tingkat kesembuhan klien halusinasi. Klien dengan dukungan keluarganya baik tingkat kesembuhannya pun lebih banyak sedangkan yang dukungan keluarganya kurang tingkat kesembuhan klien juga rendah. Dampak positifnya yakni memberikan dukungan psikologis pada klien, keluarga juga merupakan orang yang terdekat dengan klien sehingga mengetahui lebih banyak tentang klien dan hal-hal yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa halusinasi pada klien.

Caplan menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi *suportif*, antara lain : dukungan informasional yaitu keluarga berfungsi sebagai sebuah *kolektor* dan penyebar informasi tentang dunia, dukungan penilaian yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menangani pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga, dukungan instrumental yaitu keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan kongkrit, dukungan emosional yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosinya. (Caplan & Sadock, 1995) .

Dukungan keluarga merupakan bagian dari dukungan sosial yang berfungsi sebagai sistem pendukung anggota-anggotanya dan ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan proses adaptasi. Gottlieb (2004) mendefinisikan dukungan sosial sebagai informasi atau nasehat verbal dan atau non verbal,

bantuan nyata, atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau berupa kehadiran dan mempunyai manfaat emosional atau berpengaruh pada perilaku penerimanya (Gottlieb, 2004). Sedangkan menurut Rodin dan Salovey perkawinan dan keluarga barangkali merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting. (Smet.,2005).

Keluarga memainkan sebuah peran yang sangat penting dalam menentukan perilaku anggota keluarganya yang sakit, bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan program penyembuhan dan pemulihan akan sangat berkurang. Namun untuk penyakit yang serius atau penyakit yang mengancam jiwa, krisis keluargapun bisa terjadi, dimana keluarga mengalami kekacauan sebentar sebagai respon terhadap kekuatan stressor. Dalam hal ini Allah SWT berfirman (Q.S. At-Tahriim: 6)



Artinya:

Hai orang-orang yang beriman, peliharalah dirimu dan keluargamu dari api neraka yang bahan bakarnya adalah manusia dan batu; penjaganya malaikat-malaikat yang kasar, keras, dan tidak mendurhakai Allah terhadap apa yang diperintahkan-Nya kepada mereka dan selalu mengerjakan apa yang diperintahkan.

Kandungan ayat di atas member tuntunan kepada kaum beriman bahwa : hai orang-orang beriman, peliharalah diri kamu, antara lain dengan meneladani Nabi, dan peliharalah juga keluarga kamu, yakni istri, anak-anak, dan seluruh yang berada di bawah tanggung jawab kamu, dengan membimbing dan mendidik mereka agar kamu semua terhindar dari api neraka yang bahan bakarnya dalah manusia-manusia yang kafir dan juga batu-batu yang di jadikan berhala-berhala. Di atasnya, yakni yang menangani neraka itu dan bertugas menyiksa penghuni-penghuninya, adalah malaikat-malaikat yang kasar-kasar hati dan perlakuannya, yang keras keras perlakuannya dalam melaksanakan tugas penyiksaan, yang tidak mendurhakai allah menyangkut apa yang dia perintahkan kepada mereka sehingga siksa yang mereka jatuhkan kendati mereka kasar tidak kurang dan tidak juga berlebih dari apa yang di perintahkan Allah, yakni sesuai dengan dosa dan kesalahan masing-masing penghuni neraka, dan mereka juga senantiasa dan dari saat kesaat mengerjakan dengan mudah apa yang di perintahkan Allah kepada mereka.

Dalam penyiksaan itu, para malaikat tersebut senantiasa juga berkata: Hai orang-orang kafir yang enggan mengikuti tuntunan Allah dan Rasul-Nya, janganlah kamu mengemukakan uzur , yakni mengajukan dalih untuk memperingan kesalahan dan siksa kamu,pada hari ini. Karena, kini bukan lagi masanya untuk memohon ampun atau berdalih, ini adalah masajatuhnya

sanksi, sesungguhnya kamu saat ini hanya di beri balasan sesuai apa yang kamu dahului ketika hidup di dunia selalu kerjakan.

Ayat enam di atas menggambarkan bahwa dakwah dan pendidikan harus bermula dari rumah. Ayat di atas, walau secara redaksional tertuju kepada kaum pria (ayah), itu bukan berarti hanya tertuju kepada mereka. Ayat ini tertuju kepada perempuan dan lelaki (ibu dan ayah) sebagaimana ayat-ayat yang serupa (misalnya ayat yang memerintahkan berpuasa) yang juga tertuju kepada lelaki dan perempuan. Ini berarti kedua orang tua bertanggung jawab terhadap anak-anak dan juga pasangan masing-masing sebagaimana masing-masing bertanggung jawab atas kelakuannya. Ayah atau ibu sendiri tidak cukup untuk menciptakan satu rumah tangga yang diliputi oleh nilai-nilai agama serta dinaungi oleh hubungan yang harmonis. (Tafsir Al-Mishbah vol 14 hal: 177-178)

Adapun klien dengan dukungan keluarga yang baik tapi tetap tidak sembuh dapat disebabkan karena ketidakpatuhan klien melakukan pengobatan, juga kondisi klien yang tidak memiliki motivasi sama sekali, depresi, dan tidak memiliki kepekaan tentang perasaannya sendiri akibatnya sulit untuk memulihkan kondisi klien. Begitupun dengan dukungan keluarga yang kurang, semakin kurang dukungan keluarga semakin rendah pula tingkat kesembuhan klien gangguan jiwa, adapun yang dukungan keluarganya kurang tapi tingkat kesembuhannya baik atau klien mengalami kesembuhan juga dapat disebabkan pengaruh pengobatan pada klien, jika klien teratur berobat

akan berdampak positif untuk mempercepat kesembuhan dari klien, juga dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti lingkungan tempat klien dirawat jika lingkungan klien baik dan tenang akan mendukung dan mempercepat kesembuhan klien.

Klien memerlukan semacam dukungan sosial (*sosial support*) dari komunitas atau lingkungan masyarakatnya. (Anonim, 2002)

Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kesehatan Terdapat tiga mekanisme spesifik yang berpusat pada pengaruh dukungan keluarga terhadap kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung yaitu :

- a. Aspek perilaku (*behavioral mediators*), dimana dukungan keluarga dapat mempengaruhi perilaku seseorang untuk berubah.
- b. Aspek psikologis (*psychological mediators*), dimana dukungan keluarga dapat membangun atau meningkatkan harga diri seseorang dan menyediakan hubungan interaksi yang saling memuaskan.
- c. Aspek fisiologi (*physiological mediators*), dimana dukungan keluarga membantu mengatasi respon flight or flight dan memperkuat sistem imun.

Perhatian keluarga dan lingkungan dinilai masih kurang terhadap penderita gangguan kejiwaan, sehingga berakibat pada lambatnya proses penyembuhan. Perhatian keluarga dan lingkungan terhadap penderita sangat dibutuhkan bagi mempercepat penyembuhan penderita gangguan jiwa. Beberapa kasus menunjukkan ada pasien yang secara medis dinyatakan sembuh dan dikembalikan kepada keluarganya. Namun, setelah beberapa

bulan kambuh lagi akibat kurangnya perhatian tersebut. Bahkan, tidak sedikit keluarga pasien yang tidak mau menerima anggota keluarganya setelah sembuh secara medis dari rumah sakit. Akhirnya, penyakit pasien kambuh dan terpaksa dirawat kembali ke rumah sakit.

Berdasarkan hasil penelitian, uji analisis data, teori-teori dan hasil penelitian sebelumnya dapat disimpulkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kesembuhan klien halusinasi, perlu disadari bahwa peran keluarga sangatlah penting dalam usaha penyembuhan penderita halusinasi. Keluarga penderita adalah sumber amat penting untuk memudahkan perawatan psikososial klien dan semua ini membutuhkan jalinan kerja sama seluruh lapisan masyarakat/komuniti, banyak pihak harus terlibat dan saling bekerja sama dengan satu tujuan yaitu membawa pasien kepada keadaan bebas penyakit dan terampil menjalani kehidupan secara mandiri.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap kesembuhan klien gangguan halusinasi di RSKD Provinsi Sul-Sel dengan hasil uji *chi-square* $p = 0,000$.

B. SARAN

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Diharapkan agar para perawat dan tim kesehatan lainnya dapat meningkatkan pemberian asuhan keperawatan pada klien halusinasi maupun gangguan jiwa lainnya.

2. Bagi perawat

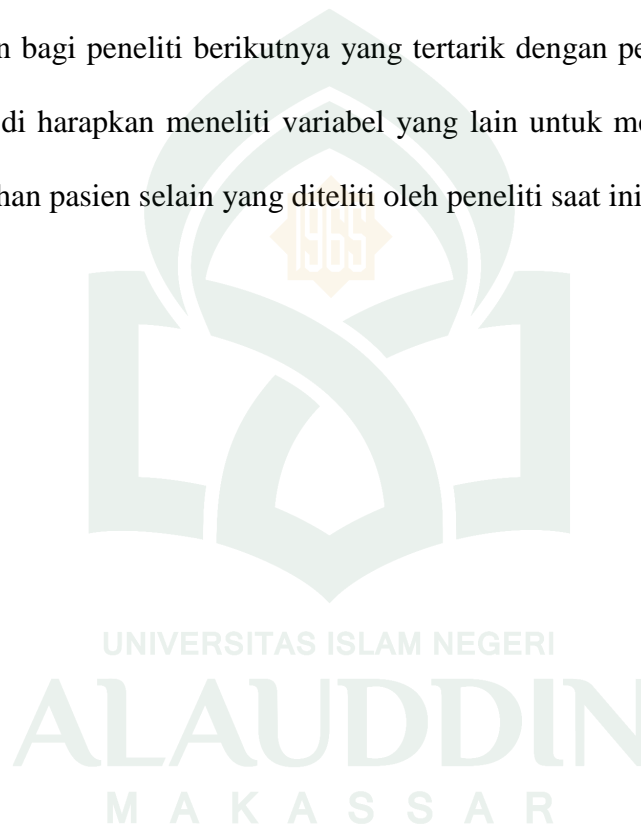
Diharapkan agar hasil penelitian ini dapat digunakan oleh perawat sehingga nantinya dapat memberikan asuhan keperawatan yang profesional pada keluarga klien halusinasi maupun pasien gangguan jiwa lainnya dengan melibatkan keluarga dalam setiap proses keperawatan pasien, agar keluarga mengetahui masalah kesehatan yang dihadapi pasien dan penanganannya, menyadari peran dan tanggung jawabnya dalam proses penyembuhan pasien, serta dapat menjadi pendukung utama dalam proses pemulihan pasien.

3. Bagi Keluarga

Diharapkan keterlibatan keluarga dalam proses perawatan guna penyembuhan klien halusinasi meningkat sehingga keluarga lebih memahami keadaan anggota keluarganya, dapat merawatnya ketika diijinkan pulang

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti berikutnya yang tertarik dengan penelitian mengenai halusinasi di harapkan meneliti variabel yang lain untuk mempercepat proses penyembuhan pasien selain yang diteliti oleh peneliti saat ini.



DAFTAR PUSTAKA

Al-Qur'an. Departemen Agama RI.

Anonim Kesehatan Jiwa. (Online) <http://www.Kesehatan-Jiwa.pdf> akses 12 februari 2011

Baihaqih. 2005. *Psikiatri Konsep Dasar & Gangguan*. Refika Adistama. Bandung

Caplan Halord, Sadock Benjamin, 1998. *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat*. EGC. Jakarta.

Effendy, Nasrul. 2005. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. EGC. Jakarta

Gottlieb B. H, 2004. *Sosial Support Strategis*. Penerbit PT. Bumi Aksara. Jakarta.

Iyus Yosep, 2007. *Keperawatan Jiwa*. Refika Aditama. Bandung.

Kris, Jhoxer. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Halusinasi*. http://asuhan-keperawatan-pada-pasien-dengan-halusinasi_09.html. Diakses pada tanggal 16 Februari 2011

Maramis. 2004. *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 9. Airlangga. Surabaya

Rasmun. 2001. *Keperawatan Keluarga Medikal Psikiatri dengan Keluarga*. CV. Sagung Seto. Jakarta.

Shihab, M. Quraish : 2009. *Tafsir Al- mishbah*. Lentera hati. Jakarta .

Saifuddin AR, 2009. *Pengidap Gangguan Jiwa Kurang Diperhatikan*. (Online) [Http://Perhatian Pada Gangguan Jiwa](http://Perhatian.Pada.Gangguan.Jiwa), di akses tanggal 10 juli 2011.

Suliswati. 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Penerbit Buku Ajar Kedokteran EGC. Jakarta

Sunaryo. 2004. *Psikologi Untuk Keperawatan*. Penerbit Buku Ajar Kedokteran EGC. Jakarta

Stuart, Sundeen. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. EGC. Jakarta

Smet B, 2005. Psikologi Kesehatan. PT. Grasindo. Jakarta.

Towsend Mary C. 2005. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. EGC. Jakarta

Vadebeck, Sheila C. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Penerbit Buku Ajar Kedokteran EGC. Jakarta

Williams, Lippinactt. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Penerbit Buku Ajar Kedokteran EGC. Jakarta

Yosep, Iyus. 2007. *Keperawatan Jiwa*. PT. Rafika Aditama. Bandung



FREQUENCIES

```
VARIABLES=umur sex hubungan_keluarga dukungan_keluarga tingkat_kesembuhan
/ BARCHART PERCENT
/ ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

		umur responden	jenis kelamin	hubungan keluarga	dukungan keluarga	tingkat kesembuhan
N	Valid	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

umur responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-27	6	15.0	15.0	15.0
	28-37	17	42.5	42.5	57.5
	38-47	17	42.5	42.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	20	50.0	50.0	50.0
	perempuan	20	50.0	50.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

hubungan keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ayah	4	10.0	10.0	10.0
	ibu	2	5.0	5.0	15.0
	kakak	10	25.0	25.0	40.0
	adik	4	10.0	10.0	50.0
	lain-lain	20	50.0	50.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

dukungan keluarga

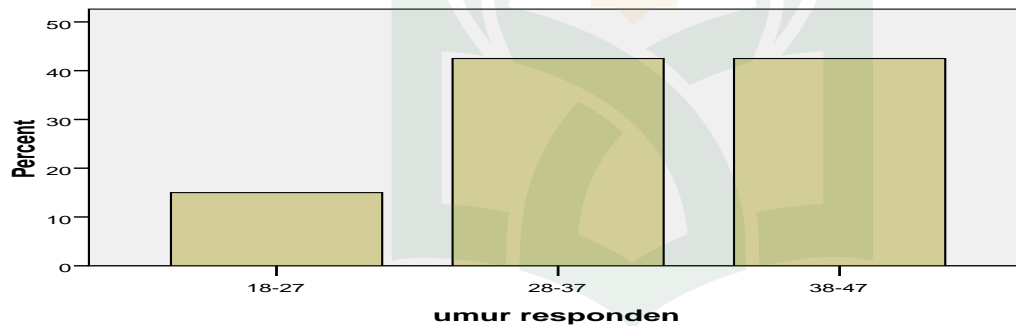
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	24	60.0	60.0	60.0
	kurang	16	40.0	40.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

tingkat kesembuhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sembuh	26	65.0	65.0	65.0
	tidak sembuh	14	35.0	35.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Bar Chart

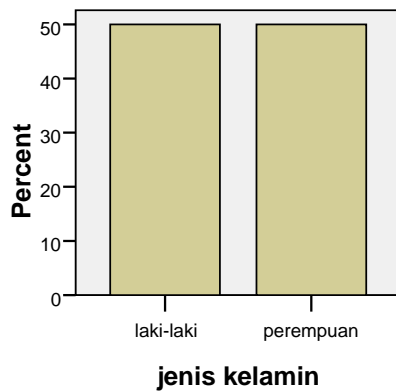
umur responden

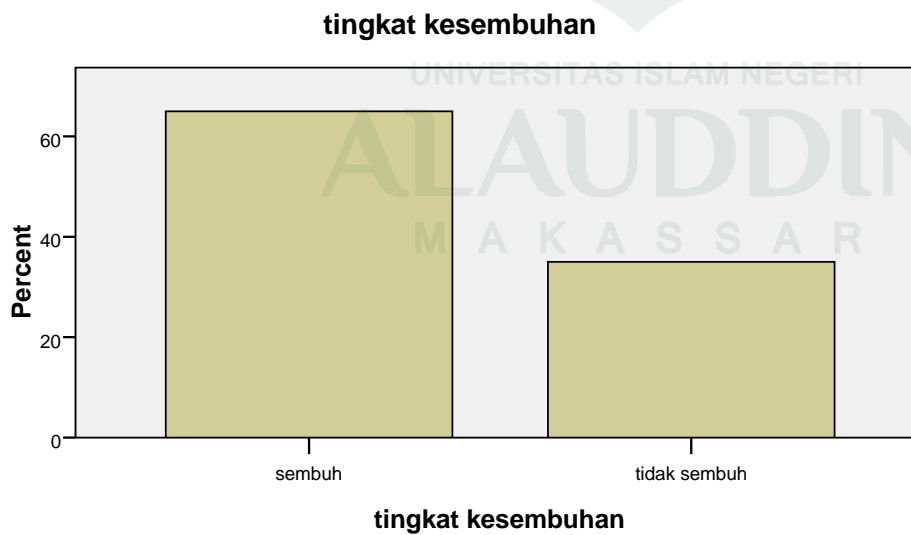
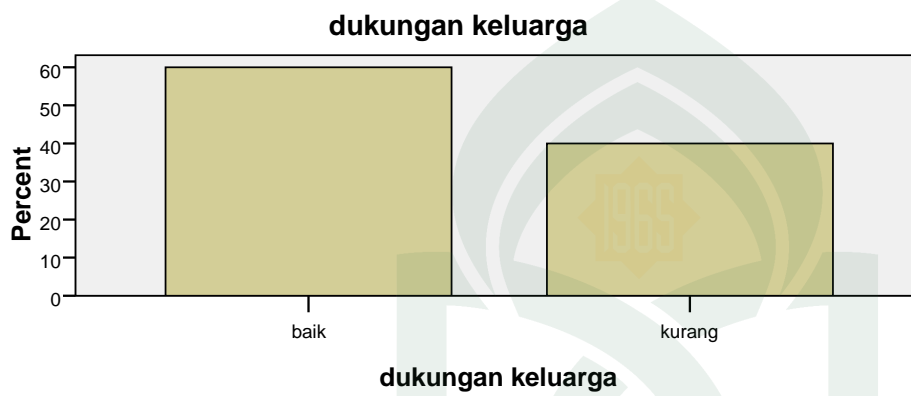
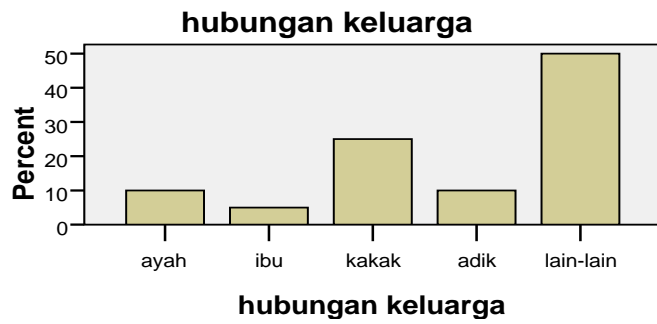


UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

ALAUDDIN
M A K A S S A R

jenis kelamin





KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KESEMBUHAN KLIEN
GANGGUAN HALUSINASI DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH (RSKD)
PROVINSI SULAWESI-SELATAN

Petunjuk Pengisian :

Bapak/ Ibu/ saudara/i diharapkan :

1. Menjawab setiap pernyataan yang tersedia dengan memberikan tanda checklist (√) pada tempat yang tersedia
2. Semua pernyataan harus dijawab
3. Tiap satu pernyataan ini diisi dengan satu jawaban
4. Bila data yang kurang dimengerti dapat ditanyakan pada peneliti

1. Umur : Tahun

2. Jenis kelamin :

() Laki-laki () Perempuan

3. Hubungan keluarga dengan pasien :

() Ayah () Adik

() Ibu () Lain-lain, sebutkan

() Kakak

4. Status :

() Menikah () Belum menikah () Janda/Duda

5. Agama :

() Islam () Budha () Protestan () Hindu () Katolik

II. Kuesioner Dukungan Keluarga

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah pernyataan ini dengan baik, kemudian berilah tanda checklist (✓) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi yang Bapak/ Ibu/ saudara/i alami.
2. Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan sejujurnya dan peneliti menjamin kerahasiaan atas jawaban yang Bapak/ Ibu/ saudara/i berikan.
3. Tiap pernyataan diisi dengan satu jawaban.

No	Pertanyaan	Selalu (4)	Sering (3)	Kadang-kadang (2)	Tidak Pernah (1)
1	Keluarga memberikan informasi tentang tempat terapi klien.				
2	Keluarga selalu menjelaskan kepada klien setiap klien bertanya tentang hal-hal yang tidak jelas tentang halusinasinya.				
3	Keluarga selalu memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter atau perawat yang merawatnya.				
4	Keluarga bertindak sebagai sumber informasi untuk mengenali identitas klien.				
5	Keluarga selalu membimbing klien				

	tentang halusinasi.				
6	Keluarga selalu menengahi permasalahan yang dialami klien.				
7	Keluarga selalu menyediakan waktu dan fasilitas jika klien memerlukan untuk keperluan pengobatan.				
8	Keluarga sangat berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakit klien.				
9	Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan dan pengobatan.				
10	Keluarga selalu mengunjungi klien di RS.				
11	Keluarga tetap mencintai dan memperhatikan keadaan klien selama klien sakit.				
12	Keluarga dan tetangga memberi semangat pada klien.				

LEMBAR OBSERVASI

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Ruang Perawatan :

Hari/Tanggal :

Penilaian Tentang Penyembuhan Pasien :

No.	Kriteria masalah keperawatan	Ya	Tidak
1.	Menarik diri		
2.	Duduk terpaku dengan pandangan mata pada satu arah tertentu		
3.	Tersenyum, tertawa atau berbicara sendiri		
4.	Gelisah		
5.	Melakukan gerakan seperti sedang menikmati sesuatu		
6.	Bingung		
7.	Mendengar, melihat atau merasakan stimulus yang tidak nyata		
8.	Menggerakan-gerakan bibir		
9.	Perbutaan yang tidak wajar		
10.	Perilaku menisolasi diri		
11.	Berbicara dengan mengatakan mereka		
12.	Berbicara adanya halusinasi		
13.	Ketakutan		

14.	Kecemasan		
15.	Tidak dapat membedakan hal nyata dan tidak nyata		
16.	Tidak dapat memusatkan perhatian/konsentrasi		
17.	Pembicaraan kacau kadang tidak masuk akal		
18.	Sikap curiga dan bermusuhan, merusak diri/orang lain/lingkungan		
19.	Sulit membuat keputusan		
20.	Tidak mampu melaksanakan asuhan mandiri : mandi, sikat gigi, ganti pakaian, berhias yang rapi		
21.	Menyalahkan diri sendiri/orang lain		
22.	Muka merah, kadang pucat		
23.	Tekanan darah dan nadi meningkat		
24.	Napas terengah – engah		
25.	Banyak keringat		
26.	Defisit perawatan diri		
27.	Gangguan aktifitas		

NO	UMUR	JK	HBGN KLRG	STATUS	AGAMA			
						1	2	3
1	1	2	1	1	1	3	2	2
2	2	2	4	3	1	3	3	3
3	1	2	4	2	1	3	2	3
4	2	1	5	1	1	2	2	2
5	1	2	3	2	1	3	4	1
6	3	1	5	1	1	4	3	2
7	2	2	2	4	5	3	1	4
8	3	2	5	1	3	4	4	4
9	2	2	5	2	1	3	3	3
10	3	2	4	2	1	4	4	4
11	2	2	3	1	1	4	4	4
12	3	1	5	1	1	3	4	3
13	2	1	3	1	1	3	3	2
14	3	1	1	1	1	3	3	3
15	2	2	4	2	3	2	1	1
16	3	1	1	1	1	3	4	4
17	2	1	5	1	1	4	2	1
18	1	2	5	1	1	3	3	3
19	2	1	3	2	1	3	1	1
20	2	1	3	1	1	3	3	3
21	1	1	3	2	3	1	2	3
22	2	1	1	1	1	3	1	1
23	2	1	5	1	1	3	4	4
24	3	2	2	1	1	4	3	1
25	3	2	3	2	1	3	4	3
26	3	1	5	1	1	4	4	4
27	3	1	3	1	5	3	3	3
28	2	1	5	1	1	3	3	3
29	3	2	5	2	5	4	2	4
30	2	1	5	2	1	4	3	3
31	3	2	5	2	1	3	2	1
32	3	1	5	2	1	4	3	3
33	2	1	5	1	1	4	4	4
34	3	1	3	2	1	4	4	3
35	3	2	3	1	1	4	4	3
36	3	1	5	2	1	1	3	3
37	3	2	5	2	1	4	3	4
38	2	2	5	1	1	3	4	3
39	2	2	5	3	1	4	3	3
40	1	2	5	1	1	4	4	3
						130	119	112

keterangan

dukungan keluarga

1 : baik

2 : kurang

tingkat kesembuhan

1 : sembuh

2 : tidak sembuh

Umur

1 : 18-27

2 : 28 - 37

3 : 38 - 47

Jenis kelamin

1 : laki - laki

2 : perempuan

DUKUNGAN KELUARGA								
1	2	3	1	2	3	1	2	3
3	4	3	4	3	4	4	4	4
3	3	1	3	2	4	4	3	4
3	3	2	4	4	4	4	4	4
2	2	2	3	2	3	2	4	3
4	2	3	4	4	4	4	4	4
4	3	3	3	4	4	4	4	4
1	3	3	4	3	4	3	4	2
4	3	2	3	4	4	2	4	4
4	3	3	4	4	4	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	3	3	3	4	4	4
3	3	3	4	4	4	3	2	1
4	4	2	4	3	2	3	2	4
4	3	3	4	4	4	3	4	4
4	3	1	4	4	3	3	3	1
3	4	4	4	4	4	4	4	4
3	1	1	3	4	4	3	2	1
4	2	3	4	4	3	3	4	4
4	1	2	4	3	4	3	4	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	4	4
4	1	1	4	4	4	3	4	4
4	3	2	4	4	4	4	4	1
4	3	3	4	4	4	4	4	2
4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	1
3	3	3	3	3	4	3	3	1
3	3	3	4	4	4	3	3	3
2	4	4	4	4	4	4	4	2
4	4	3	3	4	4	4	4	3
3	3	2	4	4	4	2	4	4
1	2	3	3	2	3	2	3	1
3	1	4	4	4	4	4	4	4
4	4	3	3	3	4	3	4	3
4	3	3	3	3	4	3	4	3
3	3	3	3	3	4	3	4	2
4	4	3	3	3	4	3	4	3
4	3	4	4	4	4	4	4	3
3	3	3	3	3	4	3	3	2
4	4	4	4	4	4	4	4	4
136	120	114	144	141	151	133	146	118

in
i
uan

Skor Akhir	Dukungan Keluarga	Tingkat Kesembuhan
40	1	1
36	2	1
40	1	1
29	2	2
41	1	1
42	1	1
35	2	1
42	1	1
40	1	2
48	1	1
45	1	1
37	2	2
36	2	2
42	1	1
30	2	2
46	1	1
29	2	2
40	1	1
32	2	2
36	2	1
35	2	2
34	2	2
41	1	2
40	1	1
46	1	1
45	1	1
35	2	1
39	1	2
42	1	1
43	1	1
36	2	2
30	2	2
44	1	1
42	1	1
41	1	1
35	2	1
42	1	1
44	1	1
37	2	2
47	1	1

Tingkat kesembuhan halusinasi
dukungan keluarga baik

ya

tidak



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

Tingkat kesembuhan halusinasi
dukungan keluarga kurang

ya

tidak



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

Your trial period for SPSS for Windows will expire in 3 days.

GET

```
FILE='F:\Hasil Analisis\Data OK.sav'.  
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.  
DATASET ACTIVATE DataSet0.  
CROSSTABS  
  /TABLES=dukungan_keluarga BY kesembuhan  
  /FORMAT= AVALUE TABLES  
  /STATISTIC=CHISQ  
  /CELLS= COUNT EXPECTED  
  /COUNT ROUND CELL .
```

Crosstabs

[DataSet0]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
dukungan keluarga * kesembuhan	40	100.0%	0	.0%	40	100.0%

dukungan keluarga * kesembuhan Crosstabulation

			kesembuhan		Total
			ya	tidak	ya
dukungan keluarga	dukungan keluarga baik	Count	21	3	24
		Expected Count	15.6	8.4	24.0
	dukungan keluarga kurang	Count	5	11	16
		Expected Count	10.4	5.6	16.0
Total		Count	26	14	40
		Expected Count	26.0	14.0	40.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13.352(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	10.994	1	.001		
Likelihood Ratio	13.836	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	13.018	1	.000		
N of Valid Cases	40				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.60.



RIWAYAT HIDUP PENULIS



Munir Muttar, lahir di Jeneponto, 12 Oktober 1989. Merupakan anak ke-3 dari 4 bersaudara dari pasangan Muttar S.Pd dan Rukmini S.Pd. Penulis memulai Pendidikannya, tepatnya tahun 1996 di bangku Sekolah Dasar, tepatnya SD Inpres Benteng 1 Jeneponto. Sesuai dengan program pemerintah wajib belajar 9 tahun, penulis pun melanjutkan pendidikan ke tingkat menengah pertama di Pesantren IMMIM Makassar pada tahun 2001. Di tahun 2004, penulis melanjutkan pendidikan di Pesantren IMMIM Makassar. Dan setelah lulus di tahun 2007, penulis tetap melanjutkan studinya dan memilih UIN Alauddin makassar jurusan keperawatan sebagai tempat terbaik untuk menggali ilmu.

Penulis berharap perjalanan pendidikan penulis tidak berhenti sampai disini,tapi akan terus berlanjut, seperti pepatah kaum bijak, “Tuntutlah ilmu dari jalan lahir sampai ke liang lahat”. Semoga apa yang dijalani penulis bernilai ibadah, apa yang diperoleh dapat diaplikasikan kepada masyarakat, sebagai bakti kepada orang tua, bangsa dan negara.Amiin.